ÜBER DIE

HERNIA PROCESSUS VAGINALIS ENCYSTICA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDICINISCHEN DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU ROSTOCK

VORGELEGT VON

KURT SELCKE

ASSISTENZARZT AN DER GROSSHERZOGLICHEN FRAUENKLINIK ZU ROSTOCK.

TÜBINGEN 1898

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

ÜBER DIE

HERNIA PROCESSUS VAGINALIS ENCYSTICA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDICINISCHEN DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU ROSTOCK

VORGELEGT VON

KURT SELCKE

ASSISTENZARZT AN DER GROSSHERZOGLICHEN FRAUENKLINIK ZU ROSTOCK.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

TÜBINGEN 1898

H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552726_0139

Herrn Professor Garrè sage ich für die Ueberweisung der Arbeit und liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen herzlichsten Dank, ebenso Herrn Professor Barfurth für die bereitwillige Durchsicht und Beurteilung der mikroskopischen Präparate.

Zu den interessantesten Anomalien des Leistenbruches gehört der doppelte Bruchsack, wie er bei den encystierten Leistenhernien vorkommt. Nicht die Seltenheit des Vorkommens dieser von Cooper zuerst beschriebenen Varietät allein bedingt das Interesse, das der Operateur ihr erweist, sondern jeder neue Fall trägt zur besseren Kenntnis dieser wichtigen Bruchanomalie bei und erlaubt genauer, als es vielleicht vorher der Fall war, das Krankheitsbild zu charakterisieren.

Die Durchsicht der Litteratur über die encystierte Hernie hat — wie ich vorausschicken möchte — in der That ergeben, dass verschiedenartige Varietäten des Bruchsackes bei der Inguinalhernie und eigenartige Komplikationen mit Hydrocelen unter diesem Titel zusammengefasst worden sind, so dass es von vornherein fraglich erscheinen musste, ob all diese Formen als encystierte Hernien im Sinne Cooper's aufzufassen seien. Eine kritische Durchsicht der

Kasuistik erschien mir deshalb nicht ganz wertlos zu sein. Die Veranlassung hierzu bot ein auf der chirurgischen Klinik in Rostock von Herrn Professor Garrè beobachteter Fall von Hernia encystica.

Die wichtigsten Ausgangspunkte für die Abgrenzung des klinischen Bildes bekommen wir ohne Zweifel, indem wir uns an die Cooper'schen Originalfälle halten, die dem Autor zur Aufstellung des Begriffes der encystierten Hernie Veranlassung gegeben haben.

Astley Cooper sagt in seiner berühmten Abhandlung über die Hernia inguinalis: „Es giebt eine Abart der kongenitalen Leistenhernie, welche der Chirurg kennen muss, um vor Verlegenheit bewahrt zu bleiben. Anstatt des Darmes liegt neben dem Testikel ein zweiter Sack, der in der Tunica vaginalis eingeschlossen ist und den Darm umhüllt; dieser Bruchsack heftet sich an die Mündung der Tunica vaginalis an und steigt von da in deren Höhle hinein. Im Allgemeinen geht dieser Bruchsack wenig Verbindungen ein mit der Tunica vaginalis".

Es seien die betreffenden Beobachtungen[1]) hier ausführlich mitgeteilt:

1. Fall von Cooper (mitgeteilt von Forster).

W. C., Schuhmacher, 31 Jahre alt, hatte bei der Aufnahme heftige Schmerzen in der rechten Leiste, die gespannt war und druckempfindlich. Seit 3 Tagen bestanden Einklemmungserscheinungen. Dicht unterhalb des inneren Leistenringes fand man einen dünnen Tumor, der sich drei Zoll lang ins Skrotum erstreckte. Die Reposition gelang nicht. Die Operation wurde vom Patienten verweigert. — Exitus.

Als das Skrotum gespalten war, kam der Tumor zu Gesicht. Derselbe zog gegen den Samenstrang hin und hatte offenbar eine gemeinsame Hülle mit demselben; am Leistenring bestand starke Einschnürung. Man öffnete die Tunica vaginalis funiculi spermatici nahe dem Leistenring und es fliesst ein wenig Flüssigkeit aus. Der Schnitt wurde erweitert bis zum Grund des Hodensackes durch die Tunica vaginalis funiculi et testis, die nur eine einzige Höhle darstellte; ein Bruchsack wurde freigelegt, der vom Leistenring herabging und gegen den Testikel abwärts stieg.

Der Bruchsack und sein Inhalt waren in der Tunica vaginalis gelegen, die bis zum äusseren Leistenring nur eine Höhle darstellte. Im Bruchsack lag Dünndarm in brandigem Zustand.

2. Fall von Cooper[2]) (siehe Bourguet (3) Obs. IV).

David D., 37 Jahre alt, wird wegen eingeklemmter Hernie aufge-

1) Nach der Originalabhandlung übersetzt.

2) In der ersten Auflage von Cooper Hernia ing. mitgeteilt, war im Original mir nicht zugänglich; Uebersetzung nach Bourguet.

nommen. In der rechten Leiste befindet sich eine aus zwei Teilen bestehende Geschwulst; oberhalb des deutlich fühlbaren Testikels, der sich herabziehen lässt, kann man eine aus dem Leistenkanal heraustretende Hernie konstatieren. Letztere ist taubeneigross, nicht druckempfindlich und vergrössert sich ein wenig beim Husten.

Bei der Eröffnung der nur wenig Flüssigkeit enthaltenden Tunica vaginalis findet man den Testikel ca. $1^1/_2$ cm breit unterhalb des äusseren Leistenringes. Der Bruchsack ragt in Daumenbreite in die Tunica vaginalis hinein und entspringt vom inneren Leistenring; in der inneren Wand der Tunica vaginalis liegt der Samenstrang. Der Bruchsack ist auf das engste mit seinem Inhalt verwachsen, nur an einer kleinen Stelle ist er abhebbar. Von hier aus wird er abgelöst. Die Tunica vaginalis kann bis zum Bruchsackhals verfolgt werden, den sie völlig umgiebt. Als Inhalt findet man Netz und Darm. — Reposition. — Exitus 12 Stunden p. o.

Bei der Autopsie dringt der Finger von der Bauchhöhle aus leicht durch den Leistenkanal ins Skrotum. In der Tunica vaginalis liegt der Bruchsack. Nirgends findet sich eine Verbindung derselben mit der Bauchhöhle.

3. Der dritte Fall ist in der zweiten Auflage von Cooper's Werk vom Herausgeber Key zugefügt nach einer Beobachtung im Guys-Hospital von Wagner. Er ist verschieden von den beiden andern.

John B., Gerber, 29 Jahre alt, hat seit mehr als 12 Jahren rechts ein Bruchband getragen. Der Bruch trat hie und da aus, konnte aber wieder von Patient selbst zurückgebracht werden; plötzlich gelang ihm das nicht mehr.

Bei Aufnahme bestanden heftige Einklemmungserscheinungen und nach ausgiebigen Taxisversuchen entschloss man sich zur Operation.

Der Bruchsack wurde freigelegt und geöffnet. Dabei wurde weder Netz noch Darm freigelegt, sondern Darm umhüllt mit einer feinen Membran, durch die der dunkle Darm hindurchschimmerte. In eine kleine zufällig in diese Hülle gemachte Oeffnung führte man den Finger ein und riss sie nach abwärts, wodurch der Darm freigelegt wurde. Kein Bruchwasser floss ab, zwei Dünndarmschlingen lagen in dem Bruchsack, zusammen 9 Zoll lang. Der Darm zeigte nur Stauung, war sonst normal. Die Einklemmung sass am äusseren Leistenring, der von innen her gespalten wurde und nun für den Finger durchgängig war. Die dort befindlichen Verwachsungen mit dem Hals des Bruchsackes wurden leicht gelöst und der Darm nicht ohne Mühe zurückgebracht. Der Testikel lag an der Rückseite des Bruchsackes Die Tunica vaginalis, in deren Höhle das Gebilde lag, das den Darm unmittelbar umhüllte und das bei der Operation eingerissen wurde, war glänzend, glatt und fest. Jenes Gebilde sah aus wie eine gefässhaltige und so dünne Membran, dass der Darm durchschimmerte. — Heilung.

4. Ein vierter Fall endlich soll als Sammlungspräparat — wie Key (1) schreibt — im Museum von Guys-Hospital aufbewahrt sein; jedoch wird desselben keine weitere Erwähnung gethan.

Unter Zugrundelegung der Cooper'schen Fälle liegt also das Charakteristische der Hernia inguinalis encystica darin, dass der Bruchsack eingestülpt ist in die nicht obliterierte Höhle des Processus vaginalis. Ist der Processus vaginalis, der den Bruchsack in sich aufweist, in seiner ganzen unteren Anlage offen geblieben, so liegt stets am Grunde dieses einschliessenden Sackes der Testikel frei (Hernia encystica vaginalis); hat sich der Hode hingegen mit der Tunica vaginalis propria umschlossen und ist nur der obere Teil des Processus vaginalis bis zum äusseren Leistenring offengeblieben, so kommt der eingestülpte Bruchsack in die Scheide des Samenstranges zu liegen (Hernia encystica funiculi spermatici). Bei Flüssigkeitsansammlung in diesen serösen Höhlen fänden wir dann den Bruchsack eingestülpt in eine Hydrocele tunicae vaginalis testis et funiculi resp. in eine Hydrocele funiculi spermatici. Doch ist dies für die anatomische Betrachtung dieser Bruchform ganz irrelevant, von Bedeutung hingegen für die klinische Erscheinung.

Von besonderer Wichtigkeit aber für die Beurteilung der Fälle ist die Art der Einstülpung des Bruchsackes resp. das gegenseitige Verhältnis der beiden Säcke zu einander und zur Bruchpforte. Bei den beiden ersten Fällen finden wir den Bruchsack beutelförmig in die Tunica vaginalis hineinhängen; letztere umgiebt allseitig den Bruchsackhals. Das ist ausserordentlich wichtig für die Definition der encystierten Hernie. Bei Fall 3 sind die Verhältnisse nicht dieselben bezw. weniger präzis ausgedrückt.

Wir werden später sehen, dass der vorspringende bezw. eingestülpte Teil entweder der Fundus oder Seitenteile des Sackes sein können, das nehmen wenigstens die meisten Autoren, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben, stillschweigend an. Damit sind die Grenzen der Hernia encystica Cooperi, ich möchte sagen, willkürlich erweitert worden. Die Durchsicht der Litteratur zeigt in der That, dass unter diesem Titel Fälle aufgeführt sind, die nach unserer Ansicht entschieden nicht hierher gehören, die grösstenteils nichts anderes sind als die durchaus nicht seltenen Komplikationen einer Hernia ing. ext. mit Hydrocele, allerdings in einem ungewöhnlichen gegenseitigen topographischen Verhältnis. Uneröffnet liegen die beiden Säcke neben einander, eröffnet man aber — wie das gewöhnlich der Fall — zuerst die vorn liegende Hydrocele, so fällt deren

Sack zusammen und der oben und hinten liegende Bruch wird Kugelgestalt anzunehmen suchen und die schlaffe Wand der Hydrocele vorwölben, so dass eine Encystierung vorgetäuscht werden kann.

Ebenso kann eine grössere Cyste, die sich in der Bruchsackwand gebildet hat, eine Cooper'sche Hernie vortäuschen; auch ältere Pseudomembranen, die auf der Oberfläche der Eingeweide liegen, oder seröse Flüssigkeit zwischen Bruchsack und seinen Hüllen können, wie schon Linhart sagt, einen doppelten Bruchsack vortäuschen; er fügt hinzu: „aber diese Dinge lassen sich, wenn man grosse Uebung in anatomischen Arbeiten besitzt, selbst bei der Operation erkennen". Endlich könnte in der Weise eine Täuschung entstehen, dass ein leerer, ins Skrotum reichender Bruchsack im Bereich seines Halses obliteriert, event. auch in seinem unteren Teil cystisch degeneriert; würde nun in diesen hinein von oben eine Hernie treten und die obere Wand vorwölben, so würde der Bruch encystiert erscheinen können. Das Verhältnis des Bruchsackes zu Tunica vaginalis, Testikel und Samenstrang wäre entscheidend.

Die folgende Beobachtung aus der chirurgischen Klinik zu Rostock schliesst sich, wie der Operationsbericht ergiebt, in ihrer Art eng an die beiden ersten Cooper'schen Fälle an.

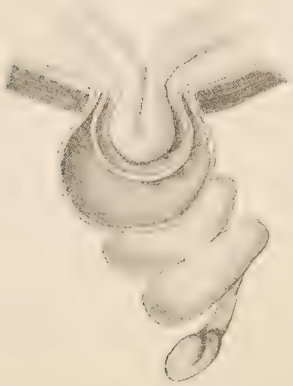
5. Beobachtung aus der Rostocker Klinik. Der 19jährige Knecht Heinrich H. wird am 3. März 1896 in die chirurgische Klinik eingeliefert wegen eingeklemmter Hernie.

Im oberen Teil des rechten Skrotums findet sich eine gänseeigrosse, prall fluktuierende, durchscheinende, druckempfindliche Geschwulst von gedämpftem Schall; sie setzt sich mittels eines kaum fingerdicken Stranges in die Bauchhöhle fort. Der Testikel ist unten im Skrotum isoliert zu fühlen.

Bei der Operation fliessen nach Eröffnung des Bruchsackes einige Esslöffel völlig klarer, hellgelber Flüssigkeit ab. Im Bruchsack findet sich zunächst kein Darm, sondern eine rundliche, vollkommen abgeschlossene, sehr zartwandige, opak durchscheinende Blase von der Grösse eines Enteneies, die an der Bruchpforte wie an einem Diaphragma von $1^1/_2$—2 cm Durchmesser inseriert, sonst aber nirgends verwachsen ist und beutelförmig in den zuerst eröffneten Sack hineinhängt; es gelingt nicht zwischen ihr und dem Bruchsack hindurch mit der Sonde in die Bauchhöhle zu gelangen. Diese Blase zeigt deutliche Fluktuation und entleert auf Anstich leicht blutig gefärbte Flüssigkeit. In ihrem Grunde zeigt sich eine bläulich gefärbte ca. 10 cm lange Darmschlinge, deren spiegelnde Oberfläche nur an der Stelle, welche der Bruchpforte anliegt, eine Suffusion aufweist. Die Bruchpforte ist ziemlich eng, der einschnürende Ring entspricht dem

äusseren Leistenring. Nach Spaltung desselben wird die Darmschlinge vorgezogen und nach Besichtigung zurückgebracht. Am unteren Ende des äusseren Sackes wird eine über gänseeigrosse Cyste eröffnet, die sich als Hydrocele funiculi spermatici erweist und in ihrem Grunde mittelst einer bleistiftdicken Oeffnung mit einer zweiten Cyste von gleicher Beschaffenheit in Verbindung steht (Fig. 1).

Fig. 1.



Der exstirpierte eigentliche Bruchsack ist von eigentümlicher Beschaffenheit; er ist dünn und glatt, am ähnlichsten einer ganz leicht opalescierenden, glasig durchscheinenden Echinococcus-Tochterblase. Radikaloperation. — Heilung.

Mikroskopisch finden sich auf beiden Seiten der die Säcke von einander trennenden Membran, also sowohl nach der Höhle der Tunica vaginalis als auch nach dem Bruch hin, grosse, platte, grosskernige Zellen, die mit höchster Wahrscheinlichkeit als vom Peritoneum abstammendes Epithel anzusprechen sind. Besonders gut sind dieselben in den Buchten erhalten, wo der Schnitt die Zellen etwas flacher getroffen hat. Uebrigens muss bemerkt werden, dass schon das normale Peritonealepithel kurze Zeit nach dem Tode sehr häufig sich so verändert, dass von ihm nur wenig oder gar nichts mehr nachzuweisen ist, und man muss daher zur Erhaltung desselben ganz besondere Methoden anwenden. Das ist in unserem Falle nicht geschehen. Unter den hier vorliegenden pathologischen Verhältnissen würde aber auch das vollkommene Fehlen von peritonealen bezw. diesen ähnlichen Zellen nichts beweisen.

Unter den 20 Fällen, die wir ausser den drei genannten von Cooper und einem eigenen in der Litteratur gefunden haben, können wir nur 7 als encystierte Hernien anerkennen, wenn auch die fragmentarische Beschreibung des anatomischen Befundes im einen oder anderen Falle rücksichtlich der Ausscheidung noch Zweifeln Raum geben kann.

12 Fälle (siehe im einzelnen) aber, die als Herniae encysticae beschrieben sind, gehören höchstwahrscheinlich nicht hierher: denn mit dem von Cooper gewählten Namen dürfen wir unbedingt nur diejenigen pathologischen Zustände belegen, die den von ihm so scharf und prägnant beschriebenen Fällen gleichen oder wenigstens nahe stehen.

Wir geben zunächst ein kurzes Referat derjenigen Fälle, die wir als Herniae encysticae anzuerkennen haben.

6. Beobachtung von Bourguet (3). J. A., 22 Jahre alt, wird wegen Einklemmung seines Leistenbruches aufgenommen. Man findet einen faustgrossen ovoiden Tumor, der das Skrotum ausfüllt und in den Leistenkanal sich fortsetzt. Die untere Partie ist weich, fluktuierend, nicht druckempfindlich, durchscheinend; die obere breiter, druckempfindlich, hart, ohne Fluktuation und Transparenz. Der Testikel sitzt an normaler Stelle.

Bei Eröffnung der als Bruchsack angesprochenen Membran entleeren sich 100 cbcm klarer, gelblicher Flüssigkeit; der Hohlraum reicht vom Grunde des Skrotums bis zum äusseren Leistenring und ist mit glatter spiegelnder Serosa ausgekleidet. In seinem Grunde liegt der Testikel nackt zu Tage nur von Tunica propria und albuginea bedeckt. Oben sieht man einen vorspringenden fluktuierenden Tumor, der die grosse Höhle blindsackartig abschliesst, so dass man nicht in die Bauchhöhle gelangen kann. Da man dieses Gebilde für Darm anspricht, versucht man es zu reponieren; dabei reisst es ein und es tritt seröse Flüssigkeit aus. Man erkennt, dass man den Bruchsack eben erst angerissen hat und findet innen eine Darmschlinge. Der Samenstrang liegt hinter dem in den Leistenkanal ziehenden Tumor und ausserhalb desselben. Heilung.

7. Beobachtung von Heaton (8). Ein Mann von 45 Jahren hat seit 2 Tagen Incarcerationserscheinungen. Der linke Testikel war niemals im Hodensack gewesen, hat aber früher im Leistenkanal gefühlt werden können. Bei verschiedenen Gelegenheiten hatte er heftige Schmerzanfälle im zurückgehaltenen Testikel. Seit vielen Monaten besitzt er in der linken Leiste einen schlaffen fluktuierenden Sack, der den Testikel einhüllt.

Bei der Aufnahme findet man in der linken Leiste eine Geschwulst vom Umfang einer grossen Orange. Die fluktuierende Geschwulst ist weder spontan schmerzhaft noch druckempfindlich, aber man kann durch die Flüssigkeit hindurch einen harten sehr empfindlichen Tumor fühlen.

Bei der Operation wurde auf die fluktuierende Geschwulst eingeschnitten und ein Sack eröffnet, der 1—2 Unzen klarer, strohgelber Hydrocelenflüssigkeit enthält. Ein gespannter dickwandiger Tumor wurde im Grunde des Sackes gefunden und ragte in diesen herein. Der unteren hinteren Fläche desselben lag ein atrophischer Testikel an. Der erwähnte Tumor wird eröffnet, ca. 25 cbcm dunkelgefärbter seröser Flüssigkeit traten aus und ein rauhes Loch kam zu Gesicht, das in einen dritten Sack führte, der eine eingeklemmte Dünndarmschlinge enthielt. Heilung.

8. Beobachtung von Michaux (4) (mitgeteilt von Terillon). Ein dreijähriger Knabe besitzt eine kleine Schwellung im rechten Skrotum; der Tumor ist durchscheinend, irreponibel, der Testikel isoliert zu fühlen.

Beim Husten findet trotz der bestehenden Erweiterung des Leistenkanales ein Anprall nicht statt.

Diagnose: Hydrocele funiculi.

Die Operation bestätigt die Diagnose, doch entdeckt man einen leeren Bruchsack, welcher in die Höhle der Hydrocele encystiert ist und mittels des Processus vaginalis peritonei mit dem Bauchfell in Verbindung steht. — Heilung.

Der Sack der Hydrocele funiculi adhäriert der Tunica vaginalis unten fast gar nicht mehr; die letztere umhüllt Testikel und Epididymis in normaler Weise. Oben setzt sich der Hydrocelensack deutlich mit dem Leistenteil des Proc. vaginalis peritonei in Verbindung, von welchem ihn ein kleines kreisförmiges Diaphragma trennt, von den Rändern des letzteren steigt der weisslich opak durchscheinende Bruchsack herab. — Heilung.

9. Beobachtung von Bittner (5). Ein $1^1/_2$jähriger Knabe weist in der rechten Inguinalgegend eine ziemlich grosse Geschwulst auf, die teilweise transparent ist. Man legt eine Hydrocele testis frei, deren Rückwand von einer Hernie eingestülpt wird. In dem ablösbaren Bruchsack finden sich Dünndarmschlingen. Der Samenstrang läuft in langer Spirale vom Testikel zur mittleren Hydrocelenwand, um dann, die Hydrocele rückwärts umgreifend, an der lateralen Wand in den Leistenkanal einzutreten. — Heilung. — Diesen Fall haben wir nur auf Grund der dem Original beigefügten Zeichnung als encystiert anzuerkennen. Bittner selbst hat den Fall nicht als Hernia encyst. bezeichnet.

10. Beobachtung von Duputren (vergl. Bourguet (3) Nr. 10). Ein Mann mit eingeklemmter Hernie weist einen grossen, vom äusseren Leistenring bis zum Grund des Skrotums reichenden Tumor auf; an mehreren Stellen besteht Fluktuation. Man stösst bei der Operation auf eine bläuliche Membran, aus der auf Einstich eine kleine Menge seröser klarer Flüssigkeit sich entleert. Nachdem man sie breit eröffnet, lässt sich weder Darm in ihr nachweisen, noch findet sich ein Zugang zu der oberen Partie des Tumors, die in Form einer völlig abgerundeten Geschwulst endet. Unten in der eröffneten Höhle liegt der Testikel und es wird klar, dass es sich um die Tunica vaginalis handelt. Hinten oben in dieser erblickt man einen haselnussgrossen Vorsprung von violetter Farbe. Hinter der eröffneten Tunica vaginalis lässt sich ein zweiter Tumor fühlen, der in den Leistenkanal zieht. Man schneidet vorsichtig auf den haselnussgrossen, in den Hohlraum der Hydrocele vorspringenden Tumor ein und entdeckt eine Dünndarmschlinge, die am Hals des Vorsprungs sich abgeklemmt hat. Der Darm wird in seinen Bruchsack zurückgebracht; in demselben liegt noch eine zweite grössere Schlinge; von diesem Bruchsack gelangt man in den Leistenkanal und bringt den Darm in die Bauchhöhle. — Heilung.

Bei diesem Falle ist nur der in dem haselnussgrossen Tumor liegende Darmteil als encystiert anzusehen.

11. Beobachtung von Berger (6). Marie C., 45 Jahre alt, kommt zur Radikaloperation ihrer alten linksseitigen Leistenhernie. Man stösst, nachdem die vordere Wand des Leistenkanals freigelegt ist, auf einen häutigen Sack. Derselbe enthält keine Flüssigkeit, doch erblickt man in ihm einen Vorsprung, der auf den ersten Anblick einer Darmschlinge gleicht. Die Höhle des eröffneten Sackes reicht vom oberen Teil der grossen Schamlippe bis in den Leistenkanal hinein, steht jedoch mit der Bauchhöhle in keiner Verbindung, ist vielmehr in Höhe des äusseren Leistenringes blindsackartig geschlossen. Die auskleidende Serosa überzieht den zuerst als Darm imponierenden Vorsprung; derselbe hat aber weder Form noch Aussehen einer Darmschlinge und lässt Netz durchschimmern; hinter diesem liegt eine Darmschlinge. Diese zarte Membran ist also der wahre Bruchsack und die zuerst eröffnete Höhle eine Cyste des Labium majus. — Heilung.

Man konstatiert: 1. Die Zwischenwand zwischen Bruch und Cyste ist einfach, nicht doppelt, sehr zart. 2. Bruchsack und Cyste hängen fest am runden Mutterband, sind jedoch teilweise von ihm trennbar. 3. Es handelt sich um Hernia ing. ext. 4. Der Bruchsackhals stellte eine umschriebene scharfe Falte dar in Höhe des äusseren Leistenringes. — Heilung.

12. Beobachtung von Terrilon (7). Eine 65jährige Frau besitzt seit mehreren Monaten in der rechten grossen Schamlippe eine Geschwulst.

Im oberen Teil des Lab. maj. findet man einen länglichen, anscheinend zum Leistenkanal ziehenden Tumor vom Unfang eines grossen Eies. Derselbe zeigt Fluktuation. Man hält ihn für eine Cyste des Lab. maj. oder des Canalis Nuckii. Nichts deutet auf Hernie hin. Man spaltet eine Membran, die 50 cbcm citronengelber Flüssigkeit enthält. Die eröffnete Höhle reicht hoch in die Leiste hinauf und weist oben eine haselnussgrosse, weiche glatte Geschwulst auf, die in die Tasche hineinragt. Man erkennt sie als Bruchsack und findet in ihr ein daumengrosses Netzstück. — Heilung.

Bei den folgenden Fällen, die als encystierte Hernien in der Litteratur aufgeführt sind, scheint es sich bei sorgfältiger Prüfung des anatomischen Befundes zum Teil lediglich um Kombinationen von Hydrocelen mit Hernien zu handeln; bei einem kleineren Teil aber lässt sich nach der ungenauen oder unklaren Beschreibung jedenfalls nicht mit Sicherheit eine Cooper'sche Hernie diagnosticieren.

Zur Orientierung seien diese Beobachtungen in aller Kürze angeführt:

Lecat (siehe Bourguet (3) Beob. Nr. 8) teilt folgenden Fall mit: Eine Darmschlinge liegt frei in der Tun. vag. und nur dieser Abschnitt

incarceriert. Nach diesen Angaben macht es den Eindruck, als ob es sich einfach um eine kongenitale Hernie handelt.

Auch der Fall von Key (1) (am Schluss) scheint keine encystierte Hernie zu sein, da ausdrücklich gesagt wird, dass die Tun. vag. in Verbindung steht mit der Bauchhöhle; die obere Wand der Tun. vag ist hoch oben im Leistenkanal vorgetrieben. Die Verbindung mit der Leibeshöhle lässt sich aber dann nur so erklären, dass die obere Wand einer mit sehr engem Verbindungsgang ausgestatteten Hydrocele communicans vorgestülpt ist.

Lente (10) berichtet folgenden Fall: Bei der Operation einer incarcerierten Hernie eröffnet man zunächst die entzündungsfreie Hydrocele; oberhalb des vor dem äusseren Leistenringe liegenden, atrophischen Testikels fühlt man eine neue Anschwellung, in der eine Darmschlinge gefunden wird. — Heilung.

Das Original stand mir nicht zu Gebote, nach dem Referenten hat es sich nicht um eine Encystierung, sondern um eine hinter kongenitaler Hydrocele gelegenen Hernie gehandelt.

Auch Tanfin's (11) Beobachtung ist dem Referat nach schwer zu beurteilen. Man findet einen vorderen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten, allseitig geschlossenen Sack und hinter diesem einen zweiten mit gleichem Fluidum gefüllten, der Netz enthält und von der Bauchhöhle nicht abgeschlossen ist. Vor der Operation ist aus letzterem eine Darmschlinge durch Taxis zurückgebracht. Der Verfasser meint, auch die zuerst eröffnete Cyste sei ein Bruchsack, welcher vor dem andern heruntergestiegen und später im Bereich des Halses obliteriert sei.

Pawer (17) giebt drei so kurze anatomische Demonstrationen von Präparaten encystierter Hernien, dass man den Sachverhalt daraus nicht ersehen kann.

Bei der Autopsie eines an eingeklemmter Hernie verstorbenen Kindes beobachtete Key (siehe Bourguet (3) Beob. Nr. 6), dass sich die Tun. vag. bis zum Leistenkanal erstreckte und den aus demselben herauskommenden Bruchsack überzog. Mit diesem ist sie überall durch lockeres Zellgewebe verwachsen. Key spricht die Ansicht aus, dass der Bruchsack vom Bauchfell gebildet ist nach Obliteration der Tun. vag. im oberen Teil. — Fraglicher Fall, wohl auch nur Hydrocele und Hernie.

Auch Berger's (6) Fall 2 ist schwer zu beurteilen. In der eröffneten Tun. vag. sieht man den Bruchsack sich stark vorwölben; es kann also darnach sehr wohl sich um eine hinter der nicht obliterierten Tun. vag. gelegenen Hernie gehandelt haben.

In der Beobachtung von Méry (siehe Bourguet (3) Obs. Nr. 7) wurde in der Tun. vag. eine stinkende, jauchige Flüssigkeit gefunden, die den Testikel umspült. Das als Darm angesprochene Gebilde zeigt ein feines stecknadelkopfgrosses Loch. Es wird trotzdem die Reposition gemacht und die Autopsie erst ergiebt, dass der vermeintliche Darm das

blindsackförmig ins Skrotum gezogene Peritoneum ist. Das Loch im Bruchsack sei durch Gangrän des Darms entstanden. Man hat also hier zuerst die Hydrocele eröffnet, in dieselbe war durch das feine Loch die vom abgeklemmten Darm herstammende jauchige Flüssigkeit hinein geraten. Es ist auch hier nicht klar ersichtlich, ob wirklich der Bruchsack in der Tun. vag. encystiert gewesen ist, wenn auch manches dafür spricht.

In Terrillon's (7) Beobachtung 1 (72jährige Frau) finden wir, dass Bruch und Bruchsack bis in eine im Lab. majus liegende Höhle herabsteigen und letztere den Bruchsack teilweise umhüllt, also wohl auch nur Kombination von Hydrocele muliebris und Hernie.

Eggert und von Gerl (12) geben eine Beschreibung, die ebenfalls unklar ist; man kann nicht entscheiden, ob der Bruchsack wirklich in der Tun. vag. lag oder hinter derselben.

Die 2. Beobachtung Dupuytren's ist höchst wahrscheinlich eine Hernia inguino-properitonealis.

In Krefft's (13) Dissertation wird ein Fall von v. Bramann angeführt, den ich l. c. (Centralblatt für Chirurgie XIX 1892) nicht habe auffinden können. Da der Bruchsack hinter dem in der hinteren Wand der Tun. vag. verlaufenden Samenstrang gelegen hat nach Krefft's Bericht, so ist wohl eine Encystierung nicht dagewesen. Die Mitteilung Krefft's selbst aus der Freiburger Klinik scheint auch nur Kombination einer Hernie und Hydrocele zu sein; es wird nur erwähnt, dass die hintere Wand der erweiterten Tun. vag. vorgewölbt ist.

Kölliker's (9) Fall muss der Beschreibung nach ebenso gedeutet werden. Bei der Incision der Hydrocele findet man deren obere Wand eingestülpt, der Bruchsack ragt in die Höhle hinein.

Das Original der Fälle von Tanfin und Lente war mir leider nicht zugänglich.

Auch in der chirurgischen Klinik zu Rostock ist eine solche Inguinalhernie zur Operation gekommen, bei welcher der Bruchsack in circa der Hälfte seiner Cirkumferenz in eine schlaffe, sehr grosse Hydrocele encystiert war. Auch dieser Fall gehört bei genauerer Betrachtung nicht zu den Herniae encyst. im engeren Sinne. Wir geben im Folgenden die Krankengeschichte und die Beschreibung der anatomischen Verhältnisse, wie sie Herr Professor Garrè bei der Operation klar gelegt hat.

Friedrich M., Arbeiter, 51 Jahre alt, wird wegen Einklemmung seines seit 23 Jahren bestehenden Leistenbruches aufgenommen. Patient leidet seit längerer Zeit an schwerer chronischer Nephritis mit allgemeinem Anasarka zumal an den unteren Extremitäten, Ascites und Erscheinungen von Lungenödem.

Die rechte Skrotalhälfte ist kleinkindskopfgross, im unteren Teil

mehr rundlich, im oberen verjüngt sich die Geschwulst und sendet einen Strang in den Leistenkanal. Beim Pressen sieht man keine Verwölbung. Im oberen Teil des Tumors herrscht tympanitischer Schall, der nach unten allmählich in völlige Dämpfung übergeht.

Unter Schleich's Lokalanästhesie wird der Bruchsack freigelegt und eröffnet. Es fliessen ca. 150 cbcm klarer gelblicher Flüssigkeit aus (zum Teil wohl ascitisch) und man erblickt das stark geblähte Coecum mit Processus vermiformis. Trotz Debridement der Bruchpforte gelingt es nicht zu reponieren. Erst nach Spaltung des Leistenkanals wird die Einklemmung behoben und nunmehr wird der fast unveränderte Darm zurückgebracht. Die Bruchpforte ist für 3 Finger durchgängig. Zwei Drittteile der äusseren Oberfläche des Bruchsackes zeigen die Charaktere einer serösen Fläche und sie gehören einem zweiten leeren Sack an, der als spaltförmiger Raum den unteren und hinteren Teil des Bruchsackes umschliesst. In diesem spaltförmigen Raum, der eröffnet einen über faustgrossen Sack darstellt, liegt der atrophische Testikel nebst normal grosser, etwas verhärteter Epididymis. Der Samenstrang zieht sich nach innen hinten längs des inneren Sackes in die Höhe. Beide Säcke sind mit blanker spiegelnder Serosa ausgekleidet. Radikaloperation. Patient ging an seinem Nierenleiden zu Grunde.

Fig. 2.

Das Präparat zeigt zwei übereinander befindliche Hohlräume. Der obere Sack ragt weit in die Höhle des unteren hinein und hat mit der Bauchhöhle in offener Verbindung gestanden. Der untere Sack enthält den nackten Testikel nebst Epididymis (Fig. 2).

Aus der gegebenen Schilderung ergiebt sich ohne weiteres, dass dieser Fall der Mehrzahl der Beobachtungen entspricht, die als encystierte Hernien in der Litteratur aufgeführt werden; dieselben dürfen aber, wie bereits betont ist, nicht als encystierte Hernien im Sinne Cooper's bezeichnet werden.

Wir haben schon Eingangs darauf hingewiesen, dass die als encystierte Hernien bezeichneten Fälle keineswegs gleichartig sind und das spricht sich noch deutlicher aus in den Publikationen der verschiedenen Autoren.

Geht man die betreffenden Berichte kritisch durch, so ist man

sehr oft im Zweifel, wo die Grenze der Hernia encystica gegenüber dem Nebeneinanderbestehen von Hernie und Hydrocele zu ziehen ist, und wir können eine ganze Anzahl Cooper'sche Hernien deshalb nicht anerkennen, weil die betreffenden Fälle weiter nichts sind als Koexistenzen der Hernien und Hydrocelen, die nichts weniger als selten sind.

Ganz anders aber liegt die Sache bei denjenigen Formen, wo der ganze Bruchsack beutelförmig oder auch zapfenförmig in die Hydrocele bezw. ektatische Tunica vag. hineinhängt. Dies Verhalten haben wir in Fall 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10. Zwischen beiden Extremen finden sich Uebergangsformen, bei denen die Entscheidung schwer zu treffen ist. Hieher gehören die Fälle 3, 5, 8, 11, 12.

Da, wie später dargethan werden wird, die meisten encystierten Hernien allem Anschein nach kongenitalen Ursprunges sind, so dürfte es in erster Linie wünschenswert sein, sich über die Entwickelungsverhältnisse der betreffenden Gebilde, also des Proc. vag. peritonei und der Tunica vag. Klarheit zu verschaffen sowie über den Vorgang des Descensus testiculorum.

Die jetzt herrschende Auffassung über die Entwickelungsgeschichte dieser Gebilde und über den Descensus testiculorum ist in den Arbeiten A. v. Kölliker's (14), Bramann's (15) und Sachs's (16) ausgesprochen und ihre Ansichten sind in der folgenden Darstellung wiedergegeben.

Der Testikel, welcher an der vorderen und medialen Seite der Urniere entsteht, rückt bei Beginn des Schwundes derselben allmählich nach der Gegend des inneren Leistenringes herab, so dass er gegen Ende des zweiten Foetalmonats an dem Ausführungsgang der Urniere, welche zum Vas deferens wird, und zugleich in der Gegend des inneren Leistenringes liegt. Zu gleicher Zeit entwickelt sich von der Uebergangsstelle der Urniere in ihren Ausführungsgang das Leistenband der Urniere, das später zum Gubernaculum Hunteri wird. Testikel und Epididymis sind an der Bauchwand befestigt durch ein Gekröse, Mesorchium genannt, treten die Vasa spermatica ein. An der Insertionsstelle des Gubernaculum Hunteri an die Bauchwand findet sich eine kleine Delle als erste Andeutung des Processus vaginalis.

In der Mehrzahl der Fälle erfolgt am Ende des sechsten oder Anfang des siebenten Schwangerschaftsmonates der Descensus. Es vertieft sich allmählich die Grube zum Processus vag. und gleichzeitig tritt der Testikel tiefer[1]). Das Gubernaculum verläuft in der hinteren Wand des

1) Nach v. Kölliker ist bei Beginn des Descensus der Proc. vaginal. schon vollständig ausgebildet.

Processus vag. Je tiefer dieser letztere wird, desto mehr verkürzt sich das Leitband, indem es sich, sobald es über seine Ursprungsstelle am äusseren Leistenring hinaus nach unten gelangt ist, bis zum Abgangsort des Vas deferens umstülpt und seine Gewebe — natürlich in umgekehrter Reihenfolge — in die Wand des Processus vag. schickt, um die Hüllen für Testikel und Samenstrang bilden zu helfen. Dabei liegt der Testikel selbst der hinteren Wand des Proc. vag. unmittelbar an, das Vas deferens verläuft in dieser Wand. Nach vollendetem Descensus finden wir den Testikel im Grunde des Proc. vag. von dessen hinterer Wand bekleidet, auf einem kurzen bindegewebigen Zapfen aufsitzen, der später verstreicht. Das Gekröse des Testikels und des Leitbandes wird bei der Umstülpung des letzteren zur Auskleidung des Proc. vag. mit verwandt. Zugleich bekommt der am unteren Ende des Proc. vag. peritonei an dessen hinterer Wand anliegende Testikel von hier einen Bauchfellüberzug: das ist die Tun. vag. testis propria. Die Tun. vag. communis ist Fortsetzung der Fascia transversa abdominis und hüllt Testikel, Epididymis und Samenstrang ein.

Nach Sachs beginnt die Obliteration des Proc. vag. im mittleren Drittel seines Skrotaltheiles — vom äusseren Leistenring an gerechnet — und schreitet von hier nach beiden Seiten fort und zwar wahrscheinlich rascher nach unten.

Die Obliteration ist als Granulationsprozess aufzufassen und schliesslich wird der Proc. vagin. durch Bindegewebe ersetzt und verschwindet spurlos.

Das Analogon des Proc. vag. ist das Diverticulum Nuckii beim Weibe. Es stellt sich gleichfalls als eine blinde Ausstülpung des Bauchfelles dar, deren hinterer, medialer Wand das runde Gebärmutterband anliegt und lässt sich im ausgebildeten Zustande bis zum oberen Teil des Lab. majus verfolgen.

Nicht immer verläuft der Verschluss des Bauchfelldivertikels regelrecht und die mannigfachen Abweichungen von der Norm geben zu den verschiedensten pathologischen Zuständen Veranlassung. Die Störung kann bestehen in völlig ausbleibender oder in nur teilweiser Obliteration des Proc. vag. perit. Ist das erstere der Fall oder der Verschluss erst an einer tiefen Stelle entstanden, so kann der Scheidenfortsatz Sitz einer Flüssigkeitsansammlung werden, die frei mit der Bauchhöhle in Verbindung steht: Hydrocele communicans, oder es senken sich Intestina in ihn hinein: Hernia congenita (Hernia vaginalis, Hernie à canal ouvert de Malgaigne (18). Ist gegen die Bauchhöhle hin ein Verschluss zu Stande gekommen, so kann sich im unteren, offenen Abschnitt eine gewöhnliche Hydrocele entwickeln und je nach dem Ort der Obliteration unterscheidet man

dieselbe als Hydrocele testis, funiculi oder testis et funiculi; auch können mehrere Hydrocelen über einander sich bilden; sitzt der Verschluss sehr hoch, so ist die Möglichkeit der Entwickelung einer Hydrocele bilocularis (Hydrocèle en bissac) gegeben.

Endlich kann sich in den oben offenen Proc. vag. eine Hernie hineinbegeben, während die Obliteration auch im unteren Teil nicht zu Stande kommt bezw. sich dort eine Hydrocele entwickelt. Bei weiterem Bestand wird dann die Hernie durch den Eingeweidedruck tiefer gepresst, treibt die obere oder auch seitliche Wand der Hydrocele vor sich her und stülpt dieselbe in die Höhle des Wasserbruches vor. Das wäre eine „kongenitale" Hernie. Aber auch, wenn der Proc. vag. hoch verschlossen ist, kann sich eine (erworbene) Hernie entwickeln, die tiefer tretend auf eine bestehende Hydrocele stösst. In diesem Fall wird ein echter Bruchsack, vom Bauchfell gebildet, vorhanden sein müssen.

Durch anhaltenden Druck von obenher kann der Bruch die Wand der Hydrocele dehnen und vielleicht auch deren Flüssigkeit teilweise zur Resorption bringen, so dass der Hydrocelensack für die Flüssigkeitsmenge zu gross werden kann und so, auch wenn früher pralle Füllung bestanden hat, den Bruchsack in seiner Höhle eintreten lässt.

Schon Cooper hat sich das Zustandekommen der Hernia encystica so vorgestellt und rechnete sie zu den kongenitalen Hernien. Er spricht sich darüber folgendermassen aus: „Ich habe mir die Vorstellung gebildet, dass die Tunica vagin. nach dem Descens. test. einen Abschluss bekommt in der Gegend der Annul. int., aber oberhalb und unterhalb derselben offen bleibt. Der Darm steigt in den oberen Teil hinab und dehnt sowohl die Verwachsungen wie die Tunica vag., so dass sich innerhalb der letzteren ein Sack bildet. Der Bruchsack steigt in die Tunica vag. hinab unterhalb der Stelle ihrer Anheftung und nimmt nahe an ihrem Hals, obgleich weit von ihrem Grund entfernt, eine Darmschlinge auf, welche zu gross ist, sowohl um in die Bauchhöhle zurückkehren zu können, als auch um ihre Funktion weiter fortführen zu können im Bruchsack. Diese Krankheit bietet nicht die Erscheinungen der Hernia tun. vag. congenita, denn der Testikel ist nicht in jene eingehüllt, sondern kann isoliert unterhalb derselben wahrgenommen werden. Verlegenheit bei der Operation kann nur entstehen, wenn die Tunica vag. nicht ergiebig genug eröffnet ist".

Darnach kann der Bruch also keinen eigenen Bruchsack vom

Peritoneum mitbringen und der in der Höhle der Tunica vag. liegende Bruchsack ist nichts anders als die eingestülpte obere Wand derselben.

Kocher hat darauf aufmerksam gemacht, dass eine bestehende Hydrocele bilocularis zur Bildung einer Hernia encystica führen kann. Wird nämlich durch den intraabdominalen Druck die Kuppe der Hydrocele bilocularis durch den Isthmus hindurch in den unteren Abschnitt hineingepresst (nach Art der Inversion des Uterus), so kann ein Eingeweide sich in den entstehenden Trichter senken und den ehemaligen Scheitel der Hydrocele zum encystierten Bruchsack machen. Eine an der Hydrocele bilocularis vorgenommene Punktion wird diesen Vorgang begünstigen können. Ebenso könnte auch die Punktion einer gewöhnlichen Hydrocele zur Bildung einer Hernia encystica Anlass geben, wenn nämlich derselben eine Hernie anliegt. Natürlich müsste sich in der Hydrocele wieder Flüssigkeit ansammeln.

Kommt es nun unter weiterwirkendem Druck zur stärkeren Dehnung des Bruchsackes, so wird derselbe immer mehr verdünnt und nimmt dann schliesslich dieses eigentümliche Aussehen an, das als sehr dünn, zartwandig, glasig, durchschimmernd, opak u. s. w. beschrieben wird. Es wird also dies Verhalten des Bruchsackes direkt für kongenitalen Ursprung sprechen. Wichtig ist weiterhin, ob der Bruchsack einen deutlichen Hals aufweist dort, wo er sich aus der Ebene der Tunica vag. heraushebt. Findet man ferner die einzelnen Bestandteile des Samenstranges auseinander gedrängt und ihre gegenseitige Lage verändert, lässt sich feststellen, dass der obere Teil der Tunica vag. offen geblieben ist und sich seine Auskleidung ohne Unterbrechung in das unverschobene Bauchfell übergeht, so kann man nicht anstehen, die Hernie als kongenital zu bezeichnen. Bei der Entstehung aus einer Hydrocele bilocularis sind die Verhältnisse ganz dieselben. Dieser als „kongenital“ anzusprechenden Form möchte ich eine erworbene gegenüber stellen, bei der ein echter vom Bauchfell gebildeter Bruchsack niedersteigt und früher oder später auf die nicht obliterierte Tun. vagin. trifft und deren Wand vorbuchtet.

Bei der erworbenen Form müsste man also zwei Membranen vorfinden, erstens die eingestülpte Wand der Tunica vag., zweitens einen echten peritonealen Bruchsack. Lässt sich also der Bruchsack isolieren von der Tunica vag., so haben wir die erworbene Hernie vor uns, wie z. B. in Fall 8. Zwar können die beiden Hüllen wohl

mit einander so innig verwachsen, dass eine Trennung nicht möglich ist, doch ist in solchem Falle infolge der bei dem allmählichen Tiefertreten des Bruchsackes entstehenden Zerrungen, Verklebungen, Verdickungen und entzündlichen Verwachsungen im Leistenkanal wohl immer so viel Zwischengewebe vorhanden, dass an ein Durchschimmern durch die Duplikatur nicht zu denken ist. Auch die Verschiebung der gegenseitigen Lage der Bestandteile des Samenstranges wird bei der erworbenen Form fehlen. Enthält der Bruchsack Gefässe, wie in Fall 6, so ist er unbedingt peritonealen Ursprungs, es liegt also hier die erworbene Form vor. Es wird auch leicht durch Verwachsungen im Leistenkanal oder auch unterhalb desselben die Hernie am Tiefertreten gehindert und dadurch eine irgendwie erhebliche Einstülpung der Tunica vag. durch den Bruch unmöglich gemacht werden können, so dass nur eine Vorbuchtung derselben entsteht, wie sie ziemlich häufig beobachtet wurde, ohne dass man von einer Encystierung sprechen kann.

Vielleicht kann es hier und da durch Gangrän des eingeklemmten Darms dazu kommen, dass die jauchigen Massen den Bruchsack durchbrechen und dann die Darmschlinge sich durch das entstehende Loch in die Tunica vag. hinein begiebt, so dass bei ungenauer Betrachtung eine Hernie à canal ouvert (Hernia congenita) vorgetäuscht werden kann. Dieses Perforationsloch könnte dann als Einklemmungsstelle imponieren. Ob es aber möglich ist, wie Bourguet in dem Fall von Lecat (vgl. vorn) annimmt, dass der Bruchsack so gedehnt werden kann, dass er endlich nachgiebt und dann der Darm durch den Spalt in die Tun. vag. schlüpft, ist wohl sehr fraglich. Da ausdrücklich gesagt wird, dass nur der Teil des Darms, der aus dem Loche des Bruchsackes in die Tun. vag. hineinragte, abgeklemmt gewesen, so ist also eine Perforation durch Eiterung oder Jauchung in diesem Falle ausgeschlossen.

Durch welche pathologische Vorgänge eine Hernia encystica vorgetäuscht werden kann, ist schon vorn im Anschluss an die Besprechung der Cooper'schen Fälle erörtert. Eine deutliche Einstülpung in die nicht obliterierte Tun. vag. muss aber stets festzustellen sein; bei Anlagerung einer Hernie an einen grossen, schlaffen, spaltförmigen Hydrocelensack kann man nicht von Encystierung sprechen.

Fragen wir nun, ob die Diagnose der Hernia encystica klinisch zu stellen ist. Th. Kölliker schildert das Bild als zusammengesetzt aus Symptomen der Hernie und der Hydrocele. „Im Skrotum liegt eine

Geschwulst, deren unterer Teil als Hydrocele imponiert, während der obere tympanitischen Klang aufweist und in den Leistenkanal zieht.“ Wenn nun aber Kölliker weiterhin sagt, dass durch die Reposition der Hernie der Beweis der Encystierung erbracht sei, wenn der Bruch nur einigermassen gross sei, so muss dem doch entgegengehalten werden, dass wir dasselbe Verhalten natürlich bei der so häufigen Kombination von Hernie und Hydrocele finden.

In Wirklichkeit wird die Diagnose vorher klinisch wohl nur sehr selten zu stellen sein, nämlich nur dann, wenn man mit Hilfe von Perkussion, Palpation, Durchleuchtung und event. Punktion, die auch Th. Kölliker empfiehlt, feststellen kann, dass der Bruchsack bis zu seinem Ursprung von der Hydrocelenflüssigkeit umgeben ist. Es sind, wie ja ersichtlich, diese klinischen Merkmale theoretisch konstruiert, erst praktische Versuche können aufklären, ob dieselben zu verwerten sind.

Die Entscheidung, ob man eine Hydrocele funic. sperm. oder test. et fun. vor sich hat, wird in derselben Weise getroffen, wie bei unkomplicierter Hydrocele.

Kritisieren wir die 11 angeführten Fälle auf Grund der gegebenen Merkmale, so haben wir wohl die Fälle 1, 2, 4, 7 und 10, also 5 Fälle zu den angeborenen Hernien zu rechnen, während Fall 3, 6 und 8 als erworbene anzusprechen sind.

Ueber Fall 5, 9, 11 ist der Beschreibung nach kaum ein Urteil zu fällen, ob sie dieser oder jener Form angehören.

Von den 11 Fällen, die sicher als encystierte Hernien anzuerkennen sind, betreffen 9 das männliche, 2 das weibliche Geschlecht. 7mal war die Hernie rechtsseitig, 2mal linksseitig und 2mal findet sich keine Angabe. Nimmt man das männliche Geschlecht allein, so ist 6mal der Leistenbruch ein rechtsseitiger und nur 1mal linksseitig gewesen; im letzteren Fall handelte es sich aber um einen linksseitigen Leistenhoden, so dass das ganz bedeutende Ueberwiegen der rechten Seite noch auffälliger wird. Die Erkrankung betraf meist Erwachsene, zum Teil sogar alte Personen, nur 2 Fälle im kindlichen Alter sind mitgeteilt.

Flüssigkeit in der Tun. vag. bezw. Diverticulum Nuckii fand sich in 9 Fällen (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 und 11), während sie in in den Fällen 3 und 10 fehlte.

In den 10 operierten Fällen wurde die Sachlage erkannt, man legte den Bruch frei und brachte ihn zurück. In einem Fall (1) wurde die Operation verweigert. Zweimal (3 und 6) riss der Bruch-

sack zufällig ein, in Fall 6 wäre sonst en bloc reponiert. 7mal war der Inhalt der Hernie Darm, Netz fand sich nur im Fall 11, Netz und Darm in Fall 2 und 10. Der Bruchsack war leer in Fall 7. Heilung trat in 9 Fällen ein, Exitus 2mal. Bei Fall 2 war der Darm bereits in brandigem Zustand und eng mit dem Bruchsack verwachsen.

Fassen wir nun die gewonnenen Ergebnisse zusammen, so kommen wir zu folgenden Sätzen:

1. Die Hernia proc. vag. encyst. Cooperi ist eine sehr wichtige Abart der äusseren (indirekten) Leistenhernie und dadurch charakterisiert, dass der Bruchsack sich in die Höhle des nicht obliterierten Proc. vag. hineingestülpt hat. Die Tunica vagin. communis ist mehr oder weniger stark erweitert und enthält mehr oder weniger Flüssigkeit. Der in der Tunica vag. eingeführte Finger bewegt sich in einem völlig abgeschlossenen Blindsack, man gelangt auf keine Weise in die Bauchhöhle, auch nicht mit der Sonde.

2. Die Länge desjenigen Abschnittes der Tunica vag., der zur Bruchhülle, zum „Bruchsack" wird, variiert ausserordentlich; in manchen Fällen ist die Tunica vag. vom Testikel bis zum Annulus ext. und darüber hinaus offen, in anderen ist der Verschluss in beliebiger Höhe — allerdings mit Bevorzugung gewisser Stellen[1]) — zu Stande gekommen. Daraus ergaben sich die Unterschiede zwischen Hernia funic. sperm. et testis encyst. und Hernia funic. sperm. encystica.

3. Die Hernia encyst. ist in der grossen Mehrzahl der Fälle kongenitalen Ursprungs bezw. auf kongenitalen Störungen oder Anomalien im Verschluss des Proc. vagin. in seinem oberen — abdominellen — Teil zurückzuführen. Als besonders charakteristisches Merkmal der Hernia encyst. cong. scheint zunächst das eigentümliche Aussehen des Bruchsackes aufgefasst werden zu müssen; derselbe wird meist als sehr dünn, zartwandig, opak, glasig, durchscheinend beschrieben. Weiterhin kommt in Betracht, dass sich der Bruchsack meist mit Bildung eines deutlichen Halses scharf aus der Ebene der Tunica vag. herauszuheben pflegt; endlich spricht für kongenitalen Ursprung die Auseinanderdrängung und Verschiebung in der gegenseitigen Lage der Teile des Samenstranges.

Ausserdem kommt noch eine erworbene Form encystierter Hernien vor, die der Cooper'schen — angeborenen — sehr nahe steht. Bei dieser hängt der Bruchsack nicht in toto beutelförmig

1) Siehe Sachs (16).

in die Tunica vag. hinein, sondern der Bruch buchtet die obere oder hintere Wand derselben mehr oder weniger vor. Kugeliges Vorspringen ohne Halsbildung spricht für die erworbene Form; für letztere ist das Vorhandensein von Gefässen ein absolutes Kriterium.

4. Die Diagnose der Hernia encyst. ist klinisch sehr selten, bei der Operation wohl immer zu stellen.

5. Als Unterart der Hernia ing. ext. bevorzugt die Hernia encyst. ganz entschieden die rechte Seite.

6. Es dürfen nach der Schilderung, die uns Cooper von der Hernia encystica giebt, zweifellos nur diejenigen Fälle als solche anerkannt werden, bei denen ein beutelförmiges Hereinhängen des Bruchsackes oder mindestens ein deutliches Hineinragen desselben — nicht nur eine Vorbuchtung — in die Hydrocele statt hat.

Litteratur.

1) Astley Cooper. The anatomy and surgical treatment of abdominal Hernia. London 1827. 2. Aufl. Herausg. von Key.

2) Linhart. Vorlesungen über Unterleibshernien. Würzburg 1866.

3) Bourguet. Gazette hebdom. de Paris 1864.

4) Michaux. Bull. de la soc. de chir. de Paris 1892. S. 771. Rapport par Terrillon.

5) Bittner. Zur Radikaloperation der Hernien im Kindesalter. Archiv für klin. Chir. 1895. Bd. 49. S. 827. Nr. 26.

6) Berger. Bull. de la soc. de chir. 1892. S. 651.

7) Terrillon. Ibid. 1892. S. 671.

8) Heaton. The Lancet 27. Jan. 1894.

9) Kölliker, Th. Aus Festschrift für A. v. Kölliker. Ueber die Hernia proc. vag. encyst.

10) Lente. Virchow's und Hirsch's Jahresber. 1869. II. S. 462.

11) Tanfin. Thèse de Strassbourg 1869 (Virchow's und Hirsch's Jahresbericht 1870. II. S. 38).

12) Eggert und v. Gerl. Wiener med. Presse 1874. Nr. 2.

13) Krefft. Ueber die Hernia encystica. Dissert. Freiburg 1896.

14) v. Kölliker, A. Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Tiere. Leipzig 1879.

15) v. Bramann. Archiv für Anatomie und Physiologie. Anat. Abtlg. 1884. S. 314.

16) Sachs. Archiv für klin. Chirurg. XXXV. 1887. p. 321.

17) Power. Transact. of the Pathol. Soc. of London 1885. S. 216.

18) Malgaigne. Gaz. des hôpitaux 1858. p. 180. 228.

19) Lejeal. Mélanges de chir. Valenciennes 1868. (Schmidt's Jahrbücher. 1869. S. 142.)